

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 56

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

MYOME MALIN DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Juillet 1919

PAR

Eugène ESTAGER

Né à Nantes (Loire-Inférieure), le 31 mars 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, professeur, <i>président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		DE ROUVILLE, prof.-adj.		
		GRYNFELT, agrégé.		
		ETIENNE, agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1919

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
MYOME MALIN DE L'UTÉRUS

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 56

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

MYOME MALIN DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Juillet 1919

PAR

Eugène ESTAGER

Né à Nantes (Loire-Inférieure), le 31 mars 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ MASSABUAU, professeur, *président*.
DE ROUVILLE, prof.-adj.
GRYNFELTT, agrégé. } *Assesseurs*.
ETIENNE, agrégé.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESSOR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DU CAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIREN (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (♣).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N.
Clinique médicale.....	N.

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DR ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphilit. et cutanées.....	VEDEL, prof.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O * ♣) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN. * ♣, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS, (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (♣) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* ♣).	J. DELMAS (♣).	PECH (ch. d'agrég.).
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la thèse

MM. MASSABUAU, professeur, <i>président</i> .	MM. GRYNFELTT, agrégé.
DE ROUVILLE, professeur adj.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MON FRÈRE FRANCIS

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A MON FRÈRE PIERRE

E. ESTAGER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

A MON JURY DE THÈSE

E. ESTAGER.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
MYOME MALIN DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

Les myomes utérins sont considérés comme des tumeurs bénignes, et qui ne peuvent mettre les jours en danger que par les complications qu'ils déterminent: hémorragies graves, infection, gangrène, accidents de compression.

Depuis longtemps déjà, on sait cependant qu'au cours du développement bénin d'un myome utérin peuvent apparaître les symptômes de la malignité, on dit alors que le myome a dégénéré, entendant par là qu'il a subi une transformation sarcomateuse ou qu'il a été le siège d'une évolution épithéliomateuse variable dans son origine. Le myome s'accroît alors rapidement; des métastases et de la généralisation sarcomateuse ou cancéreuse peuvent apparaître ainsi que des symptômes de cachexie.

Assurément le plus grand nombre des tumeurs utérines qui ne sont pas d'ordre épithélial, cancer du corps ou du col, et qui, récidivent et généralisent doivent rentrer dans le groupe des sarcomes. Cependant, l'étude histologique attentive de quelques-uns de ces cas, tumeur utérine ou

noyaux de métastase, a montré qu'on pouvait se trouver en présence, non de sarcomes, tumeurs à cellules embryonnaires conjonctives, mais de léiomyomes, tumeurs à cellules musculaires lisses, dont les éléments présentent des caractères qui les rapprochent des myoblastes embryonnaires et des cellules des néoplasmes malins en général. Il s'agit de véritables cancers musculaires lisses.

Les premiers cas de ce genre ont été étudiés, en 1897, par Paviot et Bérard, qui ont publié des observations hystologiquement contrôlées par Tripier. Déjà Morpurgo, en 1896, avait considéré comme « malin », mais en ajoutant l'épithète de sarcomateuse, un myome qui avait donné des noyaux métastatiques dans l'intestin ou le tissu musculaire lisse se retrouvait avec ses caractères essentiels; en outre, Wibridge Williams, en 1894, et Pick en 1895, avaient essayé de montrer la transformation possible du tissu musculaire utérin en tissu sarcomateux.

Paviot et Bérard ont insisté sur l'importance, dans le diagnostic histologique, de la malignité de ces myomes des « points myxoïdes » et des cavités kystiques.

En 1901, Devic et Gallavardin étudient ce cancer musculaire lisse dans la peau. Ils rapprochent un cas de myome de la paroi thoracique, récidivant cinq fois, à des intervalles de trois et six mois, et un autre cas de myome de la face postérieure de la cuisse, ayant nécessité trois fois l'excision et qui ne fut guéri que par l'amputation. L'examen histologique a montré, dans tous ces cas, qu'il s'agissait de noyaux constitués par du tissu musculaire lisse. A partir de ce moment, les auteurs tachent de préciser les caractères histologiques de ce myome malin, permettant de le diagnostiquer quand on enlève le myome primitif avant qu'il soit infiltré aux tissus périutérins et qu'il ait fait des métastases.

Tripier, Pilliet, Klebs, Morpurgo, Mme Vlesko-Stroganowa, s'attachent à cette étude anatomo-pathologique. Signalons encore, parmi les travaux les plus récents, ceux de Meyer, de Violet et Alamartine, de Balleri et Vaughan, en 1910, la thèse de Villard.

Récemment, M. le professeur Massabuau a eu l'occasion d'enlever une tumeur utérine que l'examen histologique montra présenter tous les caractères de « myome malin ». Il a bien voulu nous confier cette observation et, sur son conseil, nous l'avons prise comme point de départ d'une étude d'ensemble sur cette question. Nous n'avons eu d'autre prétention que de verser au débat un fait nouveau qui pourra être utile aux chercheurs de l'avenir.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A l'autopsie ou au cours d'une intervention chirurgicale on peut trouver des tumeurs de différents aspects. Tantôt la tumeur est régulière, unie ou lobulée, mais bien limitée, se continuant avec le fond de l'utérus qui paraît considérablement augmenté de volume, ou implantée sur le fond utérin par un pédicule plus ou moins large. Tantôt ce sont des tumeurs irrégulières, lobulées, divisées, rattachées au péritoine et à la paroi par des pédicules ou de larges adhérences. Le volume est variable; il atteint au minimum celui d'une tête fœtale ou d'adulte; mais on peut voir des tumeurs énormes.

La couleur est, soit blanc mat, soit rouge, soit jaune paille avec des points hémorragiques rouge brun. On voit souvent, à la surface de la tumeur, serpenter de grosses veines brunâtres. La consistance est ferme et dure dans la plus grande étendue, avec des points plus mous. A la coupe, la surface semble composée de trousseaux fibroïdes blancs, intriqués et entrecroisés dans divers sens, séparés par une substance plus molle, plus transparente et homogène. La consistance est ferme. En d'autres points, le tissu est plus mou et a l'aspect « myxoïde ». Enfin, on trouve des cavités kystiques, de volume variable, pouvant atteindre celui d'une tête d'adulte ou, au contraire, très petites (géodes de Cruveilhier) dont la paroi a le même aspect que

le reste de la tumeur, et dont le contenu est, tantôt citrin, tantôt brun noirâtre, hémorragique.

On peut voir, à la surface de la tumeur, de petits kystes transparents, jaunes ou brun foncé, dont le volume varie du volume d'un pois à celui d'une figue, consistance molle.

Les métastases se présentent, le plus souvent, sous forme de petits noyaux blanchâtres, du volume d'une pomme au plus, généralement gros comme un pois ou une châtaigne ayant la même consistance que la tumeur principale. Il est rare de rencontrer un noyau massif dans le foie, faisant saillie à l'extérieur, comme une demi-orange ou une pseudo-caverne à contenu myxoïde en rapport avec les bronches.

Le siège des noyaux de généralisation le plus fréquent est le poumon, le foie, puis le péritoine. On en voit également dans les ganglions lymphatiques, les vertèbres, les muscles, la peau, les méninges, etc.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Aspect général. — Groupement cellulaire. — A un faible grossissement, on voit, dans le champ de la préparation, les cellules disposées dans deux directions perpendiculaires l'une à l'autre et coupées les unes en long, les autres transversalement. Les fibres coupées dans le sens de la longueur sont groupées en faisceaux, en bandes, dans lesquelles on voit les noyaux à peu près parallèles les uns aux autres et, suivant la même direction, ces noyaux forment des arcades, des volutes, des ondulations, des dessins variés. Ces courants de fibre changent de direction, se divisent, viennent se joindre à d'autres faisceaux. Dans les mailles constituées par les bandes, on trouve les cellules coupées trans-

versalement sous forme de petits cercles dont le centre est occupé par un point coloré.

A un fort grossissement, sur des coupes ou sur des préparations par dissociation après action de la potasse à 40 p. 100 ou de l'acide azotique à 20 p. 100, on voit que les éléments ont tantôt la forme typique, mais qui est toujours un peu différente de la cellule utérine normale, au moins par les dimensions supérieures à celle de la fibre adulte, tantôt une forme atypique ou métatypique.

Sur les préparations de myome typique, les fibres, coupées en long, ont l'aspect de fuseaux allongés à extrémités effilées, dont le protoplasme est grenu ou légèrement strié en long et se colore en rose par l'éosine, en acajou par le carmin, en violet par l'hématoxyline, en jaune par le picro-carmin et, par le procédé de Van Giesen, en gris par le procédé de Kleinenberg.

Le noyau est très net, en forme de bâtonnet, prenant très fortement les colorants (bleu intense à l'hématéine ou hématoxyline), brun violet au Van Giesen, rouge intense au picro-carmin, rouge au procédé de Kleinenberg avec un ou plusieurs nucléoles.

Les fibres coupées en travers ont l'aspect de cercles concentriques, dont le plus petit est fortement coloré et de dimension variable, suivant le point de la cellule par où passe la coupe; il peut même ne pas être visible.

Mais nous n'avons pas toujours une forme aussi typique. Le corps cellulaire peut être plus épais et plus court, correspondant à la forme décrite par Callender sous le nom de cellules en grain d'avoine; il peut présenter une forme de plus en plus éloignée du fuseau, à deux extrémités effilées. On voit des éléments à une seule pointe ou à contour irrégulier, dentelé, à plusieurs pointes, ayant l'aspect de cellules étoilées. Enfin, on voit des éléments ronds, sans aucun caractère.

Sur une même préparation, on peut voir tous les intermédiaires entre la cellule ronde la plus atypique et le fuseau le plus net (Paviot et Bérard). Le noyau est, par places, plus ou moins ovale, même fusiforme; il est moins allongé et peut perdre de plus en plus la forme du bâtonnet. Il arrive même à être rond ou prend des formes irrégulières, celle d'un rein par exemple.

Plusieurs auteurs signalent, dans les cellules, des figures de karyokinèse (Morpurgo, Wlesko-Stroganova, Beesten).

Cà et là, on trouve, dans certaines préparations, des noyaux très volumineux, ayant une circonférence colossale, teints très fortement par les colorants, entourés d'une masse protoplasmique également considérable, ovale ou ronde, ou irrégulière, échancrée en bissac. Ces cellules géantes mononucléées ont été vues par MM. Devic et Gallavardin dans un myome malin de la peau récidivé et dans un myome utérin volumineux, enlevé chirurgicalement. Ils ont été également signalés dans le myome malin de l'utérus par Mme Wlesko-Stroganova. Elle a également trouvé des cellules géantes, multinucléées, dont les noyaux se trouvent suivant le plus long diamètre de la cellule ou à la périphérie dans les cellules plus larges. Morpurgo les avait déjà observées dans la tumeur utérine d'énormes cellules rondes ou ovales, multinucléées et retrouvé ces cellules géantes dans le noyau métastatique de l'intestin. Elles sont également signalées par Beesten. Actuellement, aucune explication n'est encore donnée sur la nature de ces formations cellulaires géantes.

Enfin, dans le protoplasma des fibres-cellules, Morpurgo signale la présence des masses homogènes, transparentes, prenant fortement les colorants et de dimensions variables. Ce sont tantôt de petits corpuscules hyalins, analogues à de petites vacuoles, situées aux extrémités des fuseaux cel-

lulaires, tantôt des masses plus volumineuses occupant le centre de la cellule au voisinage du noyau, qui est souvent refoulé à une des extrémités, recroquevillé. Ces corpuscules, avides de réactifs acides (fuschine, acide, van Gieson), ne donnent pas la réaction de la substance amyloïde et ne réagissent pas au brun de Bismark comme la substance colloïde.

Quelle est la nature de ces masses? Morpurgo ne pense pas que ce soit des corps étrangers ou des parasites (la description des « Sarkom sporozoen » ne ressemble guère à celle des corpuscules hyalins) : 1° parce qu'ils n'existent pas en dehors des cellules; 2° parce qu'on les trouve uniquement dans les cellules adultes; 3° parce qu'on peut suivre tous les stades de passage des petits fragments vasculaires aux grosses masses centrales périnucléaires. Ces corps hyalins ont également été observés par Mme Wesko Stroganowa.

Il s'agit probablement d'une substance formée dans les cellules, ayant les caractères de la dégénérescence hyaline, décrite par Rucklinghausen (substance homogène, réfringente, transparente, ovoïde, de couleurs acides d'aniline, sans réaction iodée, produit de l'évolution de certaines cellules).

c) Entre les cellules il existe une substance amorphe très peu abondante, visible seulement à un fort grossissement. Mais il n'y a pas de stroma conjonctif, les cellules sont intimément accolées les unes aux autres. On ne trouve de tissu fibreux qu'au voisinage des vaisseaux, très visible et coloré en rose au Van Gieson.

d) Les vaisseaux sont assez rares; ils sont généralement normaux, avec un endothélium distinct; les artérioles ont leur double couche musculaire entourée d'un anneau con-

jonctif. Les veines apparaissent comme des pertes de substance dans le tissu de la tumeur.

e) Il nous reste à envisager maintenant les points myxoïdes.

Les parties de la tumeur qui entourent ces îlots, de même que la paroi des cavités kystiques, présentent la même structure que les parties solides de la tumeur. La surface interne des pseudo-kystes est dépourvue d'endothélium.

Le tissu myxoïde lui-même est constitué par de petits îlots de cellules rondes ou fusiformes, séparés par une substance amorphe, transparente, ne prenant pas les colorants, contenant quelques rares fibrilles et, de distance en distance, des cellules rondes et des cellules fusiformes. Les vaisseaux y sont abondants, on note même des points hémorragiques.

HISTOGÉNIE

On peut réunir, sous trois chefs principaux, les théories qui ont essayé d'expliquer l'origine et le développement du léiomyome malin. Nous les désignerons, en les citant par ordre chronologique, sous les noms de théories conjonctive, endothéliale et musculaire.

La première de ces théories est basée sur la conception ancienne de Virchow, qui faisait provenir toutes les tumeurs du tissu conjonctif, puis, quand la même propriété fut reconnue au tissu épithélial, l'origine conjonctive fut limitée aux tumeurs des tissus dérivés du mésoderme. Cette théorie, qui semble n'avoir plus de défenseurs aujourd'hui et ne présenter qu'un intérêt purement historique, se retrouve cependant dans la conception de Brault qui continue à faire du sarcome utérin une tumeur conjonc-

tive : « La production du sarcome aux dépens du myome est exceptionnelle. Le sarcome de l'utérus est déjà rare, il est plus souvent primitif que secondaire, c'est-à-dire qu'il prend naissance dans le tissu fibreux ». Telle est la thèse de Virchow, de Busch-Herchfeld, de Prangère, rajeunie par Brault, et qui refuse de voir dans l'élément musculaire l'origine du sarcome.

La théorie que nous avons appelée endothéliale est soutenue en France par M. Pilliet et son élève Coste. En Allemagne, elle a pour défenseurs Orth, Pfamenstiel, Amaun. Selon ces auteurs, le myome prend naissance dans la tunique musculaire des petits vaisseaux de l'utérus, dont les cellules se multiplient et les couches les plus vieilles rejetées à la périphérie et n'étant plus suffisamment nourries, dépérissent et sont remplacées par du tissu fibreux. C'est un myome d'origine vasculaire. Dans la tumeur ainsi constituée, on voit les capillaires augmenter de nombre en même temps que leurs cellules endothéliales se multiplient et arrivent à former plusieurs couches dans la lumière du vaisseau. Le néoplasme se propage alors en vertu de son pouvoir d'extension au tissu voisin ; il dissocie les fibres musculaires, les détruit et prend leur place. Enfin, la prolifération endothéliale arrive à oblitérer complètement la lumière des vaisseaux et le tissu privé de ses matériaux nutritifs se nécrose. Nous reviendrons plus loin sur ce mécanisme de production des cavités kystiques que l'on rencontre constamment dans le sarcome de l'utérus. Une telle théorie doit être basée sur des faits d'observation et c'est précisément ce fondement qui lui manque, comme l'ont fait remarquer MM. Paviot et Bérard qui, à l'examen des préparations de myome malin, n'ont pu retrouver ni la disposition concentrique des cellules autour des capillaires, ni la prolifération endothéliale.

Aucune des théories précédentes ne reconnaît au muscle lisse le droit de faire primitivement le cancer et il faut arriver à Pick, Von Kalden, Williams, pour voir émettre l'hypothèse d'un véritable myome malin primitif. Pour Pick, les sarcomes utérins proviennent de la transformation sarcomateuse des cellules du myome originel. Si on examine les coupes de ces sarcomes, on voit au voisinage du foyer sarcomateux des cellules musculaires « adultes », qui sont le reliquat de l'ancien myome et qui subiront à leur tour la dégénérescence au fur et à mesure de l'évolution de la tumeur.

MM. Paviot et Bérard, objectent: 1° que l'on peut voir des myomes malins d'emblée, inexplicables par la théorie de Pick; 2° qu'il serait impossible de retrouver les cellules mères du myome au sein d'une tumeur souvent volumineuse, ayant complètement dissocié le muscle utérin. Il serait plus légitime d'admettre que les fibres « adultes » sont non l'origine mais le résultat de l'évolution des cellules de la tumeur qui tendent vers la forme typique, en vertu de la loi générale qui veut « que toute cellule continue à évoluer normalement ou anormalement, sans jamais conserver un état stationnaire » (Tripier) et à plus forte raison sans régresser.

Tout tissu est en état de rénovation cellulaire constante; si par un mécanisme encore hypothétique, cette régénération est troublée, elle aboutit à la formation d'éléments anormaux qui constitueront le néoplasme. Nous ajouterons en terminant que le trouble dans la régénération du muscle qui produira le myome malin de l'utérus ne porte pas uniquement sur l'élément noble, mais aussi sur l'élément conjonctif qui lui est intimément uni, en un mot sur le tissu utérin tout entier.

Quelle est la signification des îlots myxoïdes et des cavités kystiques? Cette transformation est considérée par la plupart des auteurs comme une dégénérescence, un processus nécrobiotique qui, après résorption du myome cellulaire, donne le kyste. C'est la théorie de Virchow. M. Pilliet explique ce processus de mortification par l'oblitération vasculaire. Nous avons vu comment, suivant cet auteur, le sarcome né de l'endothélium des vaisseaux peut arriver à oblitérer complètement leur lumière; le tissu voisin, privé de ses matériaux, se fortifie. Nous avons également montré que cette théorie n'était pas soutenable et, s'il est vrai qu'on puisse observer dans les myomes ou leurs métastases des points mortifiés, leur aspect est très différent des points myxoïdes.

Koester, Rumler expliquent la production du tissu myxomateux par l'infiltration œdémateuse du tissu conjonctif ou musculaire. Pour Cruveilhier, les points myxoïdes des myomes « sont la conséquence de l'œdème, dont le liquide, infiltré d'abord dans l'épaisseur du corps fibreux, se réunit en masse plus ou moins considérable dans une cavité anfractueuse ». MM. Paviot et Bérard ont montré que, dans la plupart des myomes observés par eux, la circulation était suffisante et que, dans la transformation myxoïde, elle ne pouvait être expliquée que par des œdèmes partiels qui, au contact des cellules jeunes, se change en mucine, en vertu du pouvoir sécrétoire de ces cellules.

Ce tissu, généralement considéré comme une zone de dégénérescence, est, au contraire, un foyer d'accroissement comme l'a montré M. le professeur Tripier. On voit, en effet, au voisinage des vaisseaux, de petites cellules sans caractères musculaires, dans une substance fondamentale abondante. Au fur et à mesure que ces cellules grandissent et se différencient, la substance hyaline devient plus

rare, et quand elles ont atteint leur complet développement, la substance intercellulaire est réduite à une ligne très fine.

Ainsi, loin de considérer les cellules rondes comme un stade de régression et les points myxoïdes comme des zones dégénérées, il est plus logique et plus conforme aux faits de voir, dans les fibres typiques, l'aboutissant de l'évolution des petites cellules, qui prennent naissance et se développent dans la substance hyaline, l'ensemble constituant le point myxoïde, centre actif de prolifération. C'est pourquoi on les trouve en grand nombre dans les myomes à développement rapide.

ETIOLOGIE

L'étiologie du myome malin est très vague, comme celle du cancer en général.

C'est une affection rare, étant donné le grand nombre des myomes opérés. Il est difficile de se rendre compte de la fréquence d'après les statistiques. Péan, sur 300 malades opérées par lui, n'a vu que deux récidives avec transformation sarcomateuse. Gurlt donne le chiffre de deux fibromyomes devenus sarcomateux sur 883 observations. Martin donne le chiffre de 6 sur 205, dans une première série, et de 3 p. 100 dans une seconde. D'autre part, Gusserow, Gessner, donnent des chiffres incomparablement plus élevés. Cette proportion considérable est probablement imputable à la confusion qui s'attache encore au sarcome. De plus, il est possible que des cas de myomes malins passent inaperçus par suite d'une observation de trop courte durée.

L'âge des malades varie entre 45 et 62 ans; l'âge moyen, pour le maximum des cas, est de 50 à 60 ans. Nous ne relevons, en dehors de ces limites, qu'une fois l'âge de 23 ans et une fois celui de 69. C'est donc à peu près à l'âge de la ménopause ou peu après que le myome devient malin; et, dans le cas où l'âge de la cessation des règles a été observé, nous voyons, en effet, que c'est deux ans ou cinq ans après la dernière menstruation que se manifeste la malignité. Dans quelques cas cependant, le début a été tardif (plus de

12 ans et même 19 ans après la cessation des règles). Cette notion est bien en rapport avec l'opinion commune qui veut qu'à la ménopause les fibromes régressent, nous ajouterons qu'ils peuvent dégénérer.

Le myome primitif est, le plus souvent, ancien.

Il existe ordinairement depuis dix ou douze ans avant de devenir malin, depuis vingt-sept ans même dans une de nos observations. Plus rarement, il est récent et date de deux ou trois ans.

Dans les cas de myome récidivant, on peut envisager la question du traitement antérieur. Nous remarquons que, dans presque tous les cas, l'opération était radicale (extirpation totale ou amputation supravaginale) ; une seule fois nous notons la myomectomie. La récurrence a eu lieu, tantôt deux à trois mois après l'extirpation totale ou subtotale, tantôt sept ans après l'amputation supravaginale et quinze mois après la myomectomie.

Il nous est impossible de contrôler l'influence de la grossesse, car sur nos trente-cinq observations, vingt-cinq ne donnent aucun renseignement sur la parité, et nous ne pouvons que constater que, sur les dix autres malades, deux seulement étaient nullipares.

Notons enfin que, dans un cas, on a signalé un traumatisme de la région sacrée, pendant une période menstruelle, suivi deux mois après de l'apparition des premiers symptômes de myome malin.

SYMPTOMES

Le tableau clinique est différent, selon qu'il s'agit d'un myome récidivé, d'un myome généralisé ou d'un myome encore au début de son évolution.

Dans le premier cas, une femme ayant subi une opération pour un fibrome voit, plus ou moins longtemps après, reparaître les symptômes qui avaient commandé la première intervention; le ventre se met à augmenter de volume, les hémorragies qui avaient cessé reviennent, la malade se met à souffrir; si on l'examine, on trouve l'abdomen occupé par une tumeur bosselée, irrégulière ou lisse, qu'on peut également sentir par le vagin, faisant corps avec le moignon utérin, ou indépendante. Dans ce cas, le diagnostic de la récurrence d'un myome, qui semble ne pas être douteux *à priori*, peut être très discuté en pratique; on pense le plus souvent au cancer, au sarcome, et on taxe d'erreur de diagnostic la première constitution opératoire.

Quand le myome est généralisé, le diagnostic est encore très difficile et la lésion est toujours étiquetée cancer ou sarcome. Les symptômes dus aux métastases sont le plus souvent inconstants; presque toujours les noyaux de généralisation ne sont reconnus que pendant l'opération ou à l'autopsie, et quand ils sont cliniquement manifestes, on les rattache rarement à leur véritable cause.

Ce sont, le plus souvent, des phénomènes respiratoires,

quelquefois des phénomènes paralytiques ou douloureux.

La dyspnée est presque toujours notée chez les malades, chez lesquels on trouvera des noyaux de généralisation pulmonaire. Elle peut être très intense, rarement continue. Dans une observation, publiée par Beesten en 1903, elle revêtait le type pseudo-asthmatique. Elle est tantôt liée à une diminution du champ de l'hématose par le nombre des noyaux métastatiques comme dans une grande quantité d'observations, ou bien à la présence de noyaux diaphragmatiques, comme dans une observation publiée par Devic et Gallavardin, dans la *Revue de Chirurgie*, en 1904; quelquefois c'est un épanchement pleural dont on constate tous les signes. Gangolphe et Duplan, dans la *Presse Médicale*, en 1898, ont signalé un cas d'épanchement hémorragique de la plèvre dû à une généralisation de myome. /

Certains malades ont de la toux, qui tantôt ne s'accompagne d'aucun signe physique caractéristique, tantôt, au contraire, coïncide avec la présence de râles bulleux, plus ou moins fins, d'obscurité respiratoire ou même de souffle ou de matité en foyer. Il peut y avoir une expectoration muqueuse. Dans l'observation de Beesten, déjà citée, on vit brusquement survenir une expectoration abondante, gélatineuse, une véritable vomique, analogue à celle qu'on observe dans la dilatation des bronches.

Les métastases dans les vertèbres amènent la compression de la moelle ou des racines nerveuses, et se traduisent par des phénomènes paralytiques, soit à forme hémiplegique s'accompagnant de miction involontaire et inconsciente, soit à forme paraplégique, suivant le siège de la lésion.

Quelquefois, les malades se plaignent de douleurs dans la colonne vertébrale ou dans les muscles, qu'elles prennent pour des douleurs rhumatismales et qui sont suivies de

l'apparition de tumeurs qui viennent signer le diagnostic.

Dans une troisième éventualité, il s'agit d'un myome qui n'a pas été opéré déjà une fois et qui ne s'accompagne d'aucune métastase. La difficulté de diagnostic est alors très grande; au début, il est impossible de dire comment le myome va évoluer, mais l'accroissement rapide de la tumeur abdominale, qui s'est jusqu'alors développée progressivement, doit faire penser à la malignité.

Quand, par exemple, chez une femme un fibromyome a subi un arrêt de développement au moment de la ménopause puis que quelques temps après il subit une augmentation soudaine de volume, avec phénomènes de compression, douleurs dans les membres inférieurs, il faut penser à la possibilité de la nature maligne de la tumeur observée.

En réalité, le myome malin, au début de son évolution, ne se traduit pas par des symptômes autres que ceux des fibromyomes en général. Cependant, dans l'analyse minutieuse de chacun de ces symptômes on peut trouver quelques éléments qui peuvent servir à différencier et à reconnaître le myome malin sans qu'il n'y ait rien d'absolu dans cette différenciation.

L'*accroissement de volume* est un symptôme constant, mais il est rarement le premier qui attire l'attention de la malade. La tumeur qui a jusque-là évolué comme un myome ordinaire prend plus ou moins brusquement un volume considérable et, graduellement croissant. La rapidité de cette croissance de la tumeur est variable et les limites sont de quelques semaines à quelques mois. Dans quelques cas d'ailleurs, comme celui de M. le professeur Massabau, cette augmentation de volume se fait lentement et progressivement, et il est bien difficile, en se basant sur ce symptôme, d'en induire la nature ou la transformation maligne de la tumeur.

L'augmentation de volume ne va naturellement pas sans des phénomènes de compression, troubles de la miction ou de la défécation.

L'hémorragie est également un signe important. Mais là encore il y a de très grandes variations individuelles, et on a pu voir des myomes malins, voire même des sarcomes de l'utérus, qui évoluent sans perturbations menstruelles bien appréciables. En général, cependant, l'hémorragie est un signe qui attire l'attention des malades; ou bien la femme n'est pas réglée et est surprise de voir un retour de règles qui deviennent de plus en plus abondantes et arrivent à être continues, ou bien la malade est encore réglée, mais l'écoulement menstruel devient plus fort, puis se répète dans l'intervalle des époques. Il résulte de ces métrorragies une anémie progressive, souvent accompagnée d'une faiblesse considérable, soit que les pertes sanguines aient un début brusque et une intensité alarmante, soit qu'elles se répètent tous les jours ou qu'il y ait un suintement sanguin continu.

Les *douleurs* sont, en principe, toujours plus marquées que dans les myomes ordinaires; elles peuvent apparaître dès le début de l'évolution de la tumeur ou, au contraire, être tardives. Ce sont tantôt des douleurs vagues, sourdes, profondes, une sensation de pesanteur pénible, de tiraillements; tantôt, au contraire, elles ont un caractère très aigu, lancinant et peuvent même devenir intolérables. Leur intensité n'est d'ailleurs nullement proportionnelle au volume de la tumeur, ni au caractère particulièrement malin de ses éléments. Le siège de ces douleurs est l'abdomen; mais elles peuvent s'irradier dans la région lombaire, sur le trajet des nerfs crural et sciatique.

L'*ascite* est un signe de grande valeur pour l'appréciation de la malignité. Il n'est pas très fréquent et bien des

cas où l'ascite est mentionnée, même l'ascite hémorragique si caractéristique des tumeurs malignes, il s'agissait de sarcomes utérins avec métastases péritonéales et non de myomes. Cependant, dans deux observations de A. Pollosson, bien étudiées au point de vue histologique, et identifiées comme des myomes malins, l'ascite existait; dans un de ces cas, elle était seulement perceptible par le toucher vaginal.

La *cachexie* est un signe bien inconstant et qui n'existe, en général, que dans les périodes terminales de l'évolution du mal; on peut la rencontrer plus précoce dans les formes à marche très rapide, rares quand il s'agit de myomes.

Les symptômes que nous venons d'étudier se retrouvent dans la plupart des myomes bénins et ils ne prennent d'importance que par la brusquerie de leur début et leur intensité. Les signes rares dans le fibromyome sont très inconstants. On ne peut donc, cliniquement, que soupçonner la malignité d'un myome à moins que la récurrence ou la généralisation ne soient nettes.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est plus facile quand la présence d'une tumeur musculaire de l'utérus a déjà été reconnue. Il faut songer à un myome malin en présence des faits suivants :

1° Un myome, à la ménopause, au lieu de régresser augmente de volume; 2° à la ménopause apparaissent de nouvelles hémorragies; 3° la cachexie se montre au cours de l'évolution d'un myome; 4° les douleurs ne sont pas en rapport avec le développement de la tumeur; 5° présence d'ascite; 6° consistance molle du myome; 7° la récurrence. Mais quand on se trouve du premier coup en face d'un myome malin, le diagnostic est plus complexe.

On peut confondre le cancer musculaire lisse. D'abord, avec le cancer du corps utérin généralisé. L'accroissement de volume, les pertes sanguines, les douleurs, les sensations fournies par le palper et le toucher des masses volumineuses se rattachant au corps utérin ou indépendantes, l'ascite, sont autant de caractères communs. Mais l'évolution du cancer épithélial est plus rapide, la cachexie est toujours prononcée à cette période et s'accompagne de la teinte jaune paille des téguments. Il y a des ganglions à distance. Les pertes sanguines ont une odeur caractéristique, dans leur intervalle il s'écoule une sérosité roussâtre. Enfin, le curetage explorateur qui, dans le cancer du corps

ramènera des masses bourgeonnantes néoplasiques, montrera, dans le myome malin, la muqueuse intacte et donnera à la curette une sensation spéciale de rugosités fermes. Les tumeurs solides de l'ovaire sont généralement indiquées au début par l'augmentation progressive du ventre et les douleurs. L'accroissement de volume de l'abdomen est dû à l'ascite (hémorragique), au développement de la tumeur elle-même, qui peut s'étendre jusqu'à l'utérus qui devient immobile au toucher et semble se continuer avec elle, enfin aux métastases; de sorte, qu'un toucher et un palper même attentifs, peuvent induire en erreur. Les hémorragies manquent, mais elles peuvent également être absentes dans certains cas de myome malin.

Le kyste de l'ovaire est déjà difficile à distinguer du myome bénin et donne les mêmes signes de compression, la même sensation de tumeur en connection avec l'utérus, ou semblant pédiculée. Quand le kyste devient très volumineux et occupe tout l'abdomen, il peut être confondu avec le myome malin et la présence d'ascite ou de points kystiques peut donner la même sensation qu'un kyste volumineux.

Le diagnostic est encore plus difficile quand survient une complication du kyste ovarique décrit par les Allemands sous le nom de « pseudo-myome du péritoine ». C'est une modification de la séreuse, se produisant après la rupture du kyste et l'évacuation totale ou partielle de son contenu dans la cavité abdominale est due à une réaction spéciale du péritoine en contact du contenu kystique.

Cette lésion se présente sous forme de masses gélatineuses, semi-transparentes, le plus souvent cloisonnée par de fines membranes, libres ou adhérentes aux organes abdominaux. Cette affection se manifeste par l'augmentation de volume du ventre, des douleurs vagues dans l'abdomen, de l'amaigrissement avec perte de forces. A l'examen, on

trouve au toucher et au palper des masses plus ou moins dures et fluctuantes, dans lesquelles l'utérus est souvent englobé. Le diagnostic est fait après l'ouverture de la paroi abdominale. La grossesse peut donner à un myome, déjà existant, un accroissement rapide et une consistance plus molle qui peuvent faire croire à une transformation maligne de la tumeur. Ajoutons que les hémorragies peuvent persister pendant la grossesse et que, d'ailleurs, elles peuvent manquer dans le myome malin et qu'enfin, le palper est rendu particulièrement difficile par la présence de la tumeur utérine. Le cancer du péritoine, quand il n'a pas débuté par une phase aiguë (avec fièvre, douleurs abdominales aiguës, vomissements, etc.), se manifeste par un accroissement du volume de l'abdomen, des douleurs obscures, de l'ascite hémorragique, avec circulation veineuse très développée de l'abdomen. A l'examen, on sent des masses volumineuses dans la paroi ou dans le mésentère et dont on ne peut pas déterminer la nature.

Cette affection est d'ordinaire secondaire à un cancer d'un organe abdominal : ovaire, utérus, estomac, intestin, voies biliaires, et la connaissance de la tumeur primitive guidera le diagnostic. Mais ses difficultés sont considérables quand le cancer viscéral est resté latent ou quand il s'agit de tumeurs mésentériques primitives.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

L'évolution du myome malin est toujours plus lente que celle du cancer épithélial. Elle peut cependant être considérée comme fatale.

Terrillon limite à deux ans la durée de l'affection, depuis l'apparition des premiers signes de malignité. Le plus souvent, la durée est de cinq ans; elle peut être même plus considérable. Dans certains cas même, le myome et ses métastases ont été des trouvailles d'autopsie. La mort est due aux progrès de la cachexie à laquelle s'ajoutent les troubles provenant de l'augmentation du volume de la tumeur, souvent aussi aux métastases et, en particulier, aux accidents pulmonaires qui, dans un grand nombre de cas, précèdent la mort des malades. Les opérations partielles (myomectomie) ou totales (hystérectomie) semblent avoir le même résultat au point de vue de la récurrence.

La question de l'opération systématique de tous les myomes parce qu'ils peuvent devenir malins, ne se pose même pas, quand on considère le grand nombre de ces tumeurs qui restent stationnaires et, d'autre part, les cas de récurrences.

Mais, abstraction faite des fibromes nécessitant l'intervention pour les troubles dus à leur volume, nous croyons que l'opération est indiquée pour les myomes à développement rapide, avec hémorragies et douleurs croissantes,

avec ascite et, particulièrement, au voisinage de la ménopause, car on doit se méfier, dans ces cas, d'une évolution maligne prochaine ou peut-être au début.

L'opération radicale a donné des résultats parfaits dans les observations de MM. Paviot et Bérard, où la généralisation n'était pas commencée.

Quand le myome malin est déjà développé et que par son volume, ses généralisations, par ses symptômes douloureux et fonctionnels, par ses hémorragies, il semble devenir dangereux, on doit tenter l'ablation de ces masses néoplasiques.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite)

due à l'obligeance de M. le professeur Massabuau

Mlle B..., 41 ans. Rien à signaler de particulier dans les antécédents. Pas d'accouchement antérieur, ni d'avortement. Réglée à 14 ans et toujours régulièrement.

Depuis six mois environ, la malade accuse des hémorragies, des règles plus prolongées et plus abondantes qu'à l'état normal, durant neuf à dix jours; le sang menstruel renferme des caillots. Les pertes sanguines intermenstruelles sont exceptionnelles et très peu abondantes. La malade accuse des douleurs principalement dans la fosse iliaque gauche avec des irradiations dans la région lombaire et dans les cuisses. Constipation habituelle.

L'état général de la malade est altéré. Anorexie, quelques troubles dyspeptiques et veineux; amaigrissement assez considérable.

A l'examen, par l'inspection, on constate une augmentation de volume de l'abdomen, marquée dans la région sous-ombilicale. Par le toucher combiné au palper, on décele les éléments suivants: le col utérin est normal comme position et comme volume; dans le cul-de-sac postérieur et dans le cul-de-sac gauche, on perçoit le pôle inférieur volumineux

et dur d'une masse qui s'élève dans l'abdomen jusqu'à trois travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur est de consistance dure et sa surface présente quelques bosselures. Elle est légèrement mobile dans le sens transversal; elle fait corps avec l'utérus, les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent intégralement à l'utérus.

Diagnostic. — Fibromyome utérin, développé principalement dans la paroi postérieure et dans le fond utérin, dont le pôle inférieur est fixé dans le petit bassin.

Hystérectomie abdominale totale, le 26 avril 1919. La tumeur est surtout remarquable par quelques adhérences avec l'intestin grêle sur son flanc gauche qui se laissent assez facilement détacher. Suites opératoires normales.

Examen macroscopique. — Tumeur située dans la paroi postéro-supérieure de l'utérus, de volume d'une tête fœtale environ, arrondie et pouvant s'énuccléer du tissu utérin. La cavité utérine, aplatie, revêt à la face antérieure de la tumeur, la forme d'un croissant aplati à concavité postérieure.

La surface de coupe présente une coloration blanchâtre; les tourbillons blanchâtres sont particulièrement caractéristiques et enserrent des fragments de tissu qui ont une consistance moins dure et qui semblent s'énuccléer à la surface de coupe.

En plusieurs points, ce tissu présente un aspect un peu différent; on constate la présence de points qui, sur l'étendue d'une pièce de cinquante centimes environ, ont un aspect translucide un peu gélatineux; la consistance de ce tissu et d'ailleurs très ferme.

On observe en outre de nombreuses cavités vasculaires béantes dans toute l'étendue de la coupe.

Les ovaires, augmentés de volume, présentent les lésions de la dégénérescence micropolykystique. Trompes congestionnées normales.

Etude histologique. — La tumeur est constituée par des faisceaux de fibres musculaires lisses, très courtes et qui s'entrecroisent dans les sens les plus divers. Il n'y a que des faisceaux musculaires coupés parallèlement ou perpendiculairement à leur axe. Le tissu conjonctif interfasciculaire est en quantité insignifiante.

Examinés par le détail, ces faisceaux se montrent constitués par des plis lisses très serrés les uns contre les autres, donnant, en quelques points, l'aspect du sarcome fasciculé.

A un fort grossissement, les plis lisses apparaissent plus trapues, moins effilées et possédant un cytoplasme plus abondant dans la partie centrale de l'élément cellulaire que dans la fibre lisse normale ; la cellule, dans son ensemble, présente l'allure morphologique générale d'un fibroblaste ou d'une grosse cellule fusiforme de sarcome ; dans les préparations colorées par le Van Giesen à défaut de la méthode de Mallory ou de Mahan, on voit nettement la structure du protoplasme qui identifie la nature de l'élément cellulaire.

Le noyau est volumineux, ovalaire, parfois irrégulier comme contour et renferme des granulations très colorables ; on rencontre quelquefois, mais peu fréquemment, quelques figures de division kariokinétique.

Cette structure est identique dans toutes les néoformations dans les zones répondant à ce que nous avons appelé des points myxoïdes, la structure est sensiblement la même, sauf qu'il existe un certain degré d'infiltration œdémateuse entre les éléments cellulaires.

Un point qui frappe dans l'étude de cette tumeur, est

l'abondance de sa vascularisation. Les fentes vasculaires revêtues d'un mince endothélium, ou ne possédant pas de revêtement propre et limitées par les faisceaux musculaires sont partout en très grande abondance; il y a des préparations où ces vaisseaux sont tellement nombreux, qu'on croirait se trouver en présence d'un véritable angiome. Autour de ces fentes vasculaires, la prolifération musculaire jeune est plus intense et on y trouve en outre quelques cellules conjonctives embryonnaires.

Il s'agit en somme d'un myome peu remarquable par le caractère embryonnaire des éléments musculaires et par son extrême vascularisation comparable à celle d'un sarcome.

OBSERVATION II

M. T..., 69 ans, ménagère, mariée à 28 ans. Mère morte d'affection hépatique avec ascite, à 73 ans. Père mort à 74 ans d'affection pulmonaire. Une sœur bien portante.

Réglée à 12 ou 13 ans et toujours bien (durée, trois jours), tous les mois, sans douleurs. Cinq grossesses, toutes à terme. Trois enfants morts dans la première enfance. La malade a été opérée par M. Fochier, il y a sept ans, à l'âge de 62 ans, d'un fibrome de 17 livres (on n'a pas pu trouver l'ancienne observation de M. Fochier). Elle le portait depuis une vingtaine d'années, sans jamais avoir eu de métrorragies ou de pertes anormales; ses règles s'étaient arrêtées vers l'âge de 50 ans. La malade ne s'était décidée à l'intervention que parce que, jusque là bien portante, elle s'était mise à souffrir et à maigrir.

La malade ne fit qu'un séjour d'une quinzaine de jours à la Charité et partit guérie; elle n'a gardé que peu de temps la ceinture qu'on lui avait donnée, bien qu'il semble s'être agi d'une hystérectomie abdominale subtotale à pédicule externe; la malade se rappelle qu'on lui a enlevé des broches. Pendant les premières années qui ont suivi l'intervention, la malade s'est très bien portée. Elle accomplissait sans peine un travail pénible.

L'affection actuelle a débuté cet hiver. La malade ayant fait un séjour à l'Hôtel-Dieu (affection cornéenne) a été prise d'accidents pulmonaires ayant persisté deux mois (janvier et février 1904) immédiatement après lesquels les phénomènes abdominaux se sont manifestés. Au début, phénomènes douloureux vagues, lancées, frissons, malaise abdominal, puis la cicatrice est devenue le siège de démangeaisons assez marquées au voisinage de l'ombilic; peu à peu, l'abdomen s'est mis à augmenter de volume, progressivement, sans à-coup, mais d'une façon continue. Il semble que l'accroissement se soit accéléré dans les dernières semaines. La malade a été vue par plusieurs médecins. Dès le début, l'un d'eux a diagnostiqué un fibrome gros comme un poing; d'autres ont pensé à une affection hépatique. La malade s'est décidé à rentrer en raison des faits suivants:

- a) L'augmentation marquée du volume de l'abdomen;
- b) La gêne pas très marquée cependant qui en résulte; la malade monte assez allègrement les escaliers;
- c) Des troubles de la miction; la malade urine un bol seulement par jour; ses urines sont claires et ne contiennent rien d'anormal;
- d) La gêne de la défécation qui est un peu douloureuse, quelques douleurs dans le fondement. La malade déclare formellement n'avoir pas maigri; elle ne souffre pas du ventre et n'a jamais présenté, en dehors des troubles pro-

gressifs signalés, d'accidents ou de complications brusques.

A l'examen, marche fortement renversée en arrière, ventre très volumineux, pointant et pendant en avant (112 centimètres de tour maximum). La cicatrice ancienne s'étend sur une longueur d'une vingtaine de centimètres. A la place de l'ombilic elle est légèrement déprimée. La peau est adhérente, rouge et prurigineuse. Au-dessus de l'ombilic, éventration légère. Sur les flanc, vergetures larges et étendues. Le palper montre l'abdomen occupé par une masse très volumineuse, qui remonte jusqu'au triangle sous-sternal en haut, jusqu'aux fausses côtes latéralement et occupe toute la fosse lombaire gauche. Cette masse est mate, elle est limitée dans le triangle sous-sternal sur le bord des fausses côtes par une zone de sonorité viscérale. Cette sonorité, plus nette le long du rebord costal droit, est absolue dans la fosse lombaire droite. A gauche, la tumeur paraît remplir cette dernière région. Cette masse est d'une résistance molle, pas de bosselures, pas de masses kystiques appréciables, pas de fluctuation ou de vibration à la chiquenaude. Il semble cependant qu'on ait du liquide dans le flanc et la fosse iliaque gauches et, enfin, entre l'ombilic et le pubis. Il ne semble du reste pas s'agir à ce niveau de liquide collecté sous tension. En un seul point dans la région de l'ombilic, gâteau grand et épais comme une paume de main, nettement adhérent à la paroi, dur, un peu douloureux, dépendant de la masse qui remplit le reste de l'abdomen.

Le palper n'est pas douloureux, sauf un peu au niveau de l'ombilic et dans le flanc gauche. Le toucher montre un moignon de col, extrêmement petit et peu reconnaissable, nullement adhérent, en apparence, à la masse abdominale mobile. Culs-de-sac vaginaux souples, bombant vers le vagin refoulé par du liquide (très net quand la malade tousse).

Au travers des culs-de-sac et de la couche liquide, il semble qu'on perçoive des masses molles, kystiques, arrondies, sous tension, non douloureuses.

Pas d'œdème des jambes, rien du côté des autres viscères (au cœur, premier bruit claquant, retentissement du deuxième bruit, artères dures).

Intervention. — Laparotomie sous-ombilicale, ligne d'incision unique jusqu'au-dessous de l'ombilic où elle se double pour circonscrire la zone adhérente à l'ombilic. A l'incision du péritoine, il s'écoule un peu d'ascite. On tombe sur une masse solide, régulière, adhérente à la paroi abdominale du côté droit. Cette tumeur plonge dans le bassin, remonte dans la portion supérieure de l'abdomen jusqu'à l'épigastre. Par cette simple exploration il est difficile de se rendre compte de son point d'insertion. On prolonge l'incision dans la zone sus-ombilicale jusqu'à l'appendice xyphoïde. Quelques anses intestinales gênantes sont maintenues. Dès lors, on peut considérer le pôle supérieur de la tumeur. Chemin faisant on libère l'épiploon adhérent à la tumeur sur une large étendue. Cet épiploon est parcouru par des grosses veines bleuâtres, artérialisées. Les adhérences épiploïques sont sectionnées entre deux pinces. Plusieurs anses intestinales grêles adhérentes sont libérées à droite et à gauche. Pendant ces manœuvres d'extraction de la tumeur, une poche kystique contenant environ trois quarts de litre de liquide est crevée.

Peu après la tumeur se dégage et après avoir libéré toutes les adhérences épiploïques intestinales, la tumeur ne paraît plus avoir de connexion qu'avec la paroi abdominale antérieure au niveau de la cicatrice et dans sa portion droite. Hémostase rapide, ligatures à la soie fine. On aperçoit alors le moignon utérin au fond du pelvis, sur lequel on croit reconnaître une formation cicatricielle.

Les deux ovaires, petits, scléreux, sont nettement visibles et intacts. En haut, on cherche à se repérer. On ne trouve nulle part d'insertion véritable de la tumeur. On éponge le sang, le liquide ascitique et celui qu'a laissé la rupture de la portion kystique de la tumeur. En position inclinée, on reconnaît au niveau de la région splénique une autre tumeur du volume des deux points implantés sur le péritoine et finement pédiculée. Continuant cette même exploration, on trouve encore deux petites tumeurs lisses, irrégulières, chacune du volume d'une figue, appendues au même pédicule. Au niveau de la lèvre droite de la paroi abdominale, on trouve, encore adhérente au péritoine, une petite masse arrondie, lisse, du volume d'une amande. Au niveau de deux portions d'intestin dont on vient de détacher la tumeur et qui continuent un peu à suinter, on met un petit Mickulien avec deux petites mèches. Ce drainage permettra l'écoulement du liquide ascitique restant. Suture de la paroi, péritoine, aponévrose. On laisse la peau à pannicule adipeux assez développé sans sutures.

Description de la pièce. — La portion principale présente la forme d'un cube un peu irrégulier de 45 centimètres de long sur 38 centimètres de large et 13 centimètres de haut. Sur une de ces faces, on aperçoit l'épiploon tendu comme un réseau à sa surface et dont les mailles ont conservé toute leur finesse. En d'autres points, reliant les saillies de la tumeur entre elles, et passant de l'une à l'autre, on voit de très gros vaisseaux veineux. Cette tumeur est mamelonnée. Toutefois, les masses ne sont pas indépendantes les unes des autres, comme dans certains myomes de l'utérus, formés de nodules concentriques, ayant chacune leur capsule propre. Ici rien de semblable, il n'existe pas de capsule véritable pour l'ensemble de la tumeur. Chacune de ces lobulations correspond à des saillies irrégulières de la tumeur

principale et ne répond nullement à la saillie de différents myomes juxtaposés. D'autre part, si on pratique une coupe au niveau d'un de ces pseudo-lobes, on s'aperçoit que la tumeur n'est pas formée par des strates concentriques, mais par un tissu de consistance et de structure nullement homogènes. En effet, on peut voir à l'œil nu, en examinant la structure de cette tumeur, des trousseaux de fibres dont la nature ne peut être définie, disposés dans le sens de la surface, séparés par un tissu mou, gélatineux, pseudo-myxomateux, dont la pression fait sortir du liquide.

Les trousseaux fibreux qui, dans le tiers superficiel ont une disposition horizontale, prennent au centre un aspect irrégulier, oblique, franchement perpendiculaire, en tourbillons. Dans le centre, la structure est plus dense, moins myxoïde. La couleur est blanc mat, avec un semis de points hémorragiques.

Coupée sur d'autres points, la tumeur présente toujours à peu près la même structure.

Aux deux angles symétriques opposés, on trouve deux portions kystiques, du volume, l'une d'une tête d'adulte et contenant environ 1 litre de liquide (poche crevée au cours de l'opération), l'autre, plus petite, du volume d'un poing.

Sur cette tumeur se trouvent insérées une foule de petites vésicules de différents volumes, allant de celui d'une figue à celui d'une baie de groseille et dont la couleur va du brun foncé au blanc nacré, en passant par toutes les gammes des roses et des jaunes. Leur paroi hyaline, transparente, donne à ces vésicules une sensation mollassse. Ce ne sont pas des productions adventices développées dans l'épiploon, qui en est totalement dépourvu, elles sont implantées sur la tumeur, laquelle détermine à leur niveau, pour leur implantation, comme un bourgeon destiné à leur servir de pédi-

cule. Certaines d'entre elles ressemblent à de grosses figures mûres.

La coupe de ces vésicules montre les unes d'une couleur blanchâtre, contenant un liquide clair et, sur la face interne de leurs parois, des débris mollasses; les autres d'une couleur plus foncée ayant sur la face interne de leur paroi des végétations ayant la même consistance molle et rappelant du frai de poisson. Poids: 29 livres.

Tumeur enlevée au niveau de la région splénique, du volume de deux poings, bosselée, irrégulière, poussant des prolongements ressemblant à des rhizomes de graminées (la comparaison est d'autant plus juste que l'extrémité libre de ces prolongements est ordinairement continuée par un filament épiploïque dans lequel on voit courir un fin vaisseau).

La portion principale, du volume du poing, est constituée par un seul noyau qui présente, à la coupe, la structure suivante: une zone périphérique de 1 centimètre d'épaisseur, d'aspect myxomateux, molle, gélatineux, à la pression duquel on fait sourdre du sang et du liquide gélatineux. Le centre a une structure de plus en plus dense de la périphérie vers la profondeur.

A l'œil nu, on distingue dans cette portion des trousseaux fibreux, s'entrecroisant dans toutes les directions, coupés en long, en travers. Sur une des pointes, existe une saillie en forme de sétou, qui est le point d'insertion de la tumeur sur le péritoine.

Examen histologique. — a) *Morceau de la petite tumeur pédiculée développée sur le péritoine pariétal.* — On aperçoit, à la coupe, des volutes de fibres musculaires lisses, coupées les unes en long, les autres en travers. Ce sont comme des courants changeant brusquement de direction, se divisant, s'éparpillant, se confondant avec d'autres qui

viennent les renforcer et enserrer dans leurs mailles irrégulières des trousseaux coupés en travers, de volume très variable, rappelant tout à fait l'aspect des sarcomes fusocellulaires.

A un fort grossissement, on distingue très nettement le noyau en forme de bâtonnet, quoique moins bien formé que dans les fibres adultes, entouré de son fuseau qui prend bien l'éosine.

b) *Morceau prélevé sur la tumeur principale.* — Plus ramolli. Ici, on trouve les mêmes volutes mais moins denses et, en d'autres points, des cellules isolées, baignant dans les espaces enkystés, ne prenant pas les colorants.

c) *Examen de la paroi d'un pseudo-kyste.* — A ce niveau, la structure myomateuse est aussi nette sur la surface, on ne relève aucune surface endothéliale.

d) *Examen d'une vésicule.* — Le morceau prélevé tardivement n'a pas encore été examiné.

OBSERVATION III

(Paviot et Berard. — Archives de médecine expérimentale 1897)

Femme de 45 ans. Quinze mois avant, myomectomie dans le service de M. Terrier, par la voie abdominale, avec suture à la paroi de la loge du myome.

Néanmoins, la malade voit se développer à nouveau dans son ventre une tumeur très bosselée. Le ventre avait le volume d'une grossesse de huit mois, quand une laparotomie fut pratiquée dans le service de M. Tripier. On enleva les masses lobulées qui se rattachaient par des pédicules ou des adhérences larges au péritoine pariétal, à l'épiploon et à l'utérus.

Après cette ablation, il restait dans l'excavation l'utérus encore volumineux et, à côté de lui, une masse arrondie ayant presque le volume d'une tête fœtale enclavée, et qui fut abandonnée. Mort d'infection, deux jours après l'intervention. On vit à l'autopsie que la masse du petit bassin était un volumineux fibrome de la paroi latérale de l'utérus et semblable aux masses lobulées enlevées. Pas d'autres noyaux de généralisation.

Examen histologique. — Fragments recueillis: a) portion dure; b) portion légèrement kystique; c) portion kystique.

Le fragment a) donne des coupes qui, à un faible grossissement, offrent des îlots ronds ou ovoïdes, constitués par des cellules rondes, presque entièrement occupées par le noyau, dans l'intervalle de ces îlots, il existe un tissu beaucoup plus pauvre en cellules dont les noyaux sont tous fusiformes, mais à un fort grossissement, il est incontestable que l'on a affaire là à des fibres musculaires lisses, très voisines du type adulte, car on reconnaît déjà que le noyau plonge dans un fuseau musculaire, prenant au carmin une teinte légèrement acajou. La limite entre les îlots de cellules rondes et le tissu qui les sépare n'est pas aussi nettement étanchée qu'il le semblait à un faible grossissement; sur la limite de ces îlots, on trouve tous les types de transition entre la cellule ronde que rien ne différencie et le fuseau musculaire lisse parfaitement reconnaissable.

Autour des gros vaisseaux, il y a souvent un tissu conjonctif adulte, apparaissant en nappes plus roses, contenant des cellulés avec noyau fusiforme ou en nacelle, loin d'ordinaire des îlots embryonnaires. Vaisseaux normaux et bien constitués, ligne endothéliale nette, caractère adulte parfait. Dans les portions moins adultes, les vaisseaux sont souvent des lacunes gorgées de sang, à parois propres, inva-

sibles, autour desquelles il y a fréquemment des hémorragies interstitielles à différents degrés de résorption.

Le fragment *b* (portion légèrement kystique) qui était destiné à faire voir dès le début des formations dites kystiques, offre sa plus grande partie constituée par d'immenses îlots des cellules, les unes rondes, les autres fusiformes. Ces dernières toujours à la périphérie et à caractère musculaire. Ces îlots sont séparés par un tissu grenu, peu ou pas fibrillé, dans lequel plongent des cellules rondes de volume très inégal. Les portions d'apparence kystique ne sont que comme l'étalement de ces lignes à aspect myxoïde et n'ont pas la moindre apparence de paroi. Les vaisseaux sont rares, leur paroi semble formée uniquement par un tassement du tissu qui les entoure. En un point, on voit un îlot ovale dont le centre est occupé par une énorme tache de sang, entourée d'un tissu formé de lames concentriques épaisses, colorées en rose pâle par le carmin, paraissant avoir une constitution uniforme et une réfringence toute spéciale. Entre ces lames, sont de rares cellules marquées par des noyaux fusiformes. Il semble que l'on a affaire à l'organisation d'un caillot dans une lacune sanguine oblitérée par un processus encore inconnu.

Le fragment *c* (portion d'apparence kystique) pris comme le plus kystique, ne contient en réalité aucun kyste. A un faible grossissement on voit que les coupes présentent à un de leurs angles un tissu à constitution cellulaire, qui a bien fixé le carmin, puis, tout le reste de la préparation est constitué par un tissu granuleux myxoïde, sous forme de bandes minces. Quand deux îlots sont très voisins, ce n'est plus ce tissu myxoïde, mais une traînée de cellules fusiformes musculaires, qui représente la fusion de la périphérie des deux îlots.

Pour les portions qui avaient macroscopiquement l'as-

pect kystique et à un faible grossissement celui d'un tissu granuleux, nous avons affaire à un tissu que nous sommes obligé de rapprocher (par comparaison seulement) avec le tissu myxoïde. Ce sont d'immenses nappes de tissu à substance fondamentale grenue ou hyaline. Les portions grenues sont déjà constituées en îlots limitée par des traînées hyaline; les portions hyalines sont parcourues par de rares fibrilles, très ténues, contenant, de distance en distance, des cellules rondes. Les îlots grenus sont envahis par un de leurs pôles ou par leur centre par des cellules rondes ou fusiformes, à protoplasma teinté en acajou par le carmin. Vaisseaux plus abondants dans les nappes myxoïdes et îlots grenus, où ils ont un caractère de néoformation évident, parois dues à la densification du tissu ambiant autour de leur endothélium.

CONCLUSIONS

I. Le myome malin ou cancer musculaire lisse de l'utérus peut se développer primitivement, ou bien il peut s'agir d'une brusque évolution maligne d'un fibro-myome ordinaire préexistant.

II. Au point de vue clinique, l'accroissement rapide de la tumeur est le meilleur signe différentiel. Les métrorragies, les douleurs, l'ascite, sont des symptômes inconstants. Abandonnées à elles-mêmes, ces tumeurs font des métastases, se généralisent et récidivent après ablation.

III. Leurs caractères histologiques principaux sont les suivants: groupement des cellules musculaires lisses en tourbillons plus marqués que dans les myomes ordinaires; forme moins allongée, plus trapue de la cellule; présence d'un noyau très volumineux et plus colorable, avec des figures de karyokinèse; existence de points myxoides où les cellules prennent plutôt l'aspect sarcomateux.

IV. Ces tumeurs doivent être enlevées et leurs récidives poursuivies.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 30 juin 1919.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 27 juin 1919.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- BARD. — Précis d'anatomie pathologique, 1899.
- BALLEU et VAUGHAN. — Léio-myome malin. New-York Medical Journal, 1910, t. XCI.
- DEVIC et GALLAVARDIN. — Contribution à l'étude du léio-myome malin avec généralisation viscérale. Revue de chirurgie, 1901.
- GANGOLPHE et DUPLAN. — Tumeur maligne à fibres musculaires lisses du petit bassin. Presse médicale, 1898.
- JUGENS. — Sur le fibro-myome malin. Berliner Klinische Wochenschrift, 1881.
- MORPURGO. — Sur le léio-myome malin semblable au sarcome. Zeitchrift für Heilkunde, 1901.
- MEYER. — Léio-myome malin de l'utérus. Surgery, Gynaecology and Obstetrics, 1909.
- PAVIOT et BÉRARD. — Du cancer musculaire lisse en général et de celui de l'utérus en particulier. Archives d'anatomie pathologique et de médecine expérimentale, 1897.
- VIESKO-STROGANOWA. — Sur le léio-myome malin de l'utérus. Monatschrift für Geb. und Gyn., 1903.
- VILLARD. — Thèse de Lyon, 1905.
- VIOLET et ALAMARTINE. — Léio-myome malin du poids de 26 livres; extirpation; guérison. Lyon méd., 1909.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
